DÉFINIR LA PHYSIQUE, LA DISTINGUER DES AUTRES SCIENCES NATURELLES. **N° 33.**

QU'ENTEND-ON PAR CANAL DE FONTANA?

QUELLE DIFFÉRENCE Y A-T-IL ENTRE L'EXOSTOSE ET LA PÉRIOSTOSE?

FAIRE CONNAITRE LES COMPLICATIONS LES PLUS FRÉQUENTES DE LA ROUGEOLE, APPRÉCIER LEUR GRAVITÉ, INDIQUER LE TRAITEMENT QU'ELLES RÉCLAMENT.

THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 20 AVRIL 1838,

PAR



de Beaune (ALLIER),

Ex-Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Montpellier.

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.



Goûtez en paix, ombre chérie, le bonheur que vous avez mérité! Les premiers devoirs de votre fils seront toujours d'imiter vos vertus.

A MA BIEN BONNE MÈRE.

Les sacrifices que vous avez faits pour mon éducation, et les soins que vous n'avez cessé de me prodiguer, m'imposent aujourd'hui l'obligation bien douce de vous en témoigner ma reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SOEURS.

A MES AMIS.

F. BOURILLET.

A M. DESMAROUX,

Médecin, à Montmarault (ALLIER).

Daignez agréer l'hommage de ce travail, comme un faible gage de ma reconnaissance bien sincère.

F. BOURILLET.



PREMIÈRE PARTIE.

SCIENCES ACCESSOIRES.

N° 460. — DÉFINIR LA PHYSIQUE, LA DISTINGUER DES AUTRES SCIENCES NATURELLES.

LES sciences naturelles ont entre elles des liaisons plus ou moins intimes ; on les voit se rencontrer et se confondre souvent en plusieurs points, et, dans d'autres, diverger considérablement.

Pour résoudre la question qui nous est posée, nous croyons devoir mettre en regard les différentes sciences naturelles, et de leurs définitions déduire leurs différences.

Les principales divisions des sciences physiques sont : la physique proprement dite, l'astronomie, la chimie et l'histoire naturelle.

La physique est cette partie des sciences naturelles qui s'occupe des phénomènes inorganiques accessibles aux sens, et des lois qui président à ces phénomènes (Pelletan).

Elle fait abstraction de la composition des corps et de leurs propriétés individuelles, laissant à l'histoire naturelle tout ce qui est relatif à la structure et aux fonctions des corps organisés ; elle considère les propriétés les plus générales que présentent les matières

inertes à l'état solide, à l'état liquide, à l'état de fluide aériforme et à celui de fluide incoercible. Elle examine les actions mécaniques que ces corps, sous ces différents états, exercent les uns sur les autres, et les différents phénomènes qu'ils présentent dans leurs mouvements.

L'astronomie a pour objet l'étude des corps situés hors de la terre et dans l'immensité des cieux (Duméril).

La différence entre la physique et l'astronomie est grande ; l'une s'occupe des corps terrestres, l'autre des corps célestes.

La chimie a pour objet de déterminer l'action que les corps simples ou composés exercent les uns sur les autres, en vertu d'un certain nombre de forces, et de faire connaître leur nature et les moyens de les obtenir (Orfila).

Elle s'occupe de la recherche des principes constituants des corps; elle examine les propriétés particulières de chacun des éléments ou corps simples qui les composent ; elle détermine les combinaisons que ces éléments peuvent former les uns avec les autres, et les actions qu'ils peuvent avoir sur tel ou tel composé. Elle étudie les actions réciproques que les corps composés peuvent avoir les uns sur les autres pour former des combinaisons nouvelles.

La physique s'occupe des propriétés générales de la matière ; la chimie, au contraire, s'occupe des propriétés propres à chaque corps de la nature, des moyens de les reconnaître et de les obtenir. La différence entre ces deux sciences est donc bien tranchée et facile à saisir.

L'histoire naturelle étudie les formes et les diverses propriétés des corps qui existent à la surface ou dans l'intérieur de la terre. Elle examine la structure des corps dépourvus de l'organisation nécessaire aux fonctions vitales ; elle étudie l'organisation et les fonctions des êtres vivants ; elle s'occupe des diverses classifications qui peuvent faciliter l'étude des corps, et cherche surtout à les disposer dans un ordre méthodique le plus conforme possible à leur analogie.

Elle se divise en minéralogie, en botanique, et en zoologie.

La minéralogie a pour objet l'étude des minéraux; elle comprend

leur description et leur classification. La géologie, qui en est une subdivision, traite de la position géographique des diverses substances minérales, de leurs positions respectives les unes à l'égard des autres ; de l'ancienneté relative des différentes couches du globe ; c'est elle, enfin, qui nous fait connaître les diverses modifications qu'a éprouvées et qu'éprouve habituellement la surface de la terre par l'action des eaux, des volcans, etc., etc.

La botanique s'occupe des végétaux.

Enfin, la zoologie s'occupe de l'histoire des animaux. Elle comprend leur description et leur classification, l'anatomie et la physiologie animales qui s'occupent de l'organisation des différents animaux, des différentes fonctions des organes, et des phénomènes de la vie animale.

En nous résumant, nous voyons que l'astronomie s'occupe des corps célestes ; que l'histoire naturelle classe et décrit les différents êtres ; que la chimie étudie l'action intime des corps et leur réaction réciproque ; que la physiologie étudie les phénomènes ou fonctions des êtres vivants, pendant que la physique ne s'occupe que des propriétés générales de la matière et des phénomènes sensibles des corps.

Pour le naturaliste, tous les corps ont des caractères qui peuvent servir à les distinguer et à les classer.

Le chimiste s'occupe principalement de leur aptitude à produire telle ou telle action intime et réciproque ; tous deux particularisent beaucoup leurs études, et s'occupent particulièrement des espèces.

L'étude principale du physiologiste consiste à observer les êtres organisés, et à bien connaître leur structure intérieure, d'où dépendent essentiellement leurs fonctions.

Quant au physicien, il étudie plutôt la matière en général que les corps en particulier, parce que tous les corps ont pour lui des propriétés communes importantes. Il ne distingue les corps qu'en un certain nombre de grandes classes dont les propriétés diffèrent essentiellement.

L'observation des phénomènes est beaucoup plus simple et plus

» facile pour le physicien que pour ceux qui cultivent les autres » branches des connaissances naturelles. En effet, les phénomènes » de son ressort sont accessibles aux sens : le choc de deux corps, » l'action d'un levier, l'écoulement d'un liquide, la dilatation d'un » gaz, peuvent être observés directement, et l'intensité de l'action » devient même susceptible d'une mesure mécanique. Il n'en est pas » de même pour le chimiste ou le physiologiste, qui ont à étudier » des phénomènes intimes dont ils ne peuvent juger que par les con- » séquences, et qui se trouvent toujours plus ou moins compli- » quées. » (Pelletan, traité élémentaire de physique générale et médicale.)

DEUXIÈME PARTIE.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

N° 9. — QU'ENTEND-ON PAR CANAL DE FONTANA ?

Le *corps ciliaire* (ligament ciliaire des anciens anatomistes, ganglion ciliaire de Sœmmering, qui le premier l'a considéré comme un renflement nerveux) est un renflement circulaire, d'un blanc tirant sur le gris, dans lequel se rendent et paraissent s'anastomoser les nerfs ciliaires. Les rapports de cet organe avec les parties voisines sont les suivants : renfermé dans l'intérieur du globe oculaire, au niveau de la réunion de ses quatre cinquièmes postérieurs avec son cinquième antérieur environ, il adhère fortement en arrière à la choroïde avec laquelle on dirait de prime-abord qu'il se continue ; et telle est cette adhérence, que Meckel l'a regardé comme un épaississement du tissu cellulaire de la membrane vasculeuse de l'œil. En avant, il s'enchâsse dans une coulisse creusée sur la circonférence de la cornée dans le lieu où cette membrane se réunit à la sclérotique ; il est accolé à cette dernière par sa surface extérieure ; tandis que, par l'intérieure, il est en rapport avec les procès ciliaires. Mais entre la cornée et la sclérotique d'une part, et le corps ciliaire d'autre part, existe une vacuole circulaire, très-difficilement percevable et dont des injections très-déliées peuvent seules démontrer l'existence :

c'est à cet espace circonscrit que certains anatomistes ont imposé le nom de canal ciliaire ou canal de Fontana. Mais à quel ordre d'organes creux faut-il rattacher ce canal, et quels sont ses usages? M. le professeur Cruveilhier a de la tendance à le regarder comme un vaisseau sanguin. Arnold l'a désigné sous le nom de *sinus veineux de l'iris*, et prétend que la plupart des veines de cette membrane et de la partie antérieure de la choroïde viennent s'y aboucher. Nous avons vu M. le professeur Dubrueil injecter le canal de Fontana, et l'opinion qu'il a émise devant nous est que l'on doit le considérer comme n'étant autre chose qu'une artère appartenant à l'iris.



TROISIÈME PARTIE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

N° 335. — QUELLE DIFFÉRENCE Y A-T-IL ENTRE L'EXOSTOSE ET LA PÉRIOSTOSE ?

L'origine et les premiers développements des maladies des os sont souvent obscurs. Doués d'un moindre degré de vitalité que les parties molles, les os peuvent être attaqués de maladies dont les commencements échappent au médecin le plus attentif, et qui peuvent même faire des progrès marqués avant de trahir leur existence par des signes saisissables. Des affections générales, des fièvres aiguës qui ébranlent tout l'organisme, n'ont aucune influence sur les os. Ces derniers, à leur tour, peuvent être affectés de diverses manières sans que le reste de l'organisme, pas même les parties qui ont avec eux le plus de rapports, ne participent en rien à leur état morbide. Souvent une portion d'un os est frappée de mort pendant que le reste de l'organe jouit de toute sa vitalité. Aussi règne-t-il encore beaucoup d'obscurité et de confusion sur leurs divers modes d'altération et sur les parties qui en sont le siége.

Les auteurs ont long-temps regardé comme le résultat d'une affection propre au tissu osseux, les tumeurs osseuses qui se développent, soit dans le parenchyme des os, soit à l'extérieur de ces organes, et ils ont donné le nom d'exostoses à toutes ces tumeurs. Cependant le siége de l'affection et le mode de développement sont bien différents :

Dans le premier cas, c'est une sécrétion morbide qui se fait dans le tissu propre d'un os, sécrétion qui distend les fibres et augmente

le volume de l'os affecté ; tout se passe dans l'intérieur du parenchyme osseux ; les parties environnantes sont saines.

Dans le second, le dépôt de la nouvelle substance se fait entre la face externe de l'os et la face interne du périoste, ou dans l'épaisseur de cette membrane qui alors est toujours plus ou moins altérée. Ici l'os qui supporte la tumeur a conservé sa structure naturelle. Ceux même qui ont donné le nom d'exostoses à toutes ces tumeurs ont fait cette distinction qui ne repose que sur ce que les premières appartiennent à une affection de l'os, et les secondes à une affection du périoste.

Elle a été parfaitement indiquée par Delpech, dans sa division des exostoses en première et seconde forme ; par Astley Cooper, qui les divise en médullaires et périostales.

Aujourd'hui la division des exostoses en parenchymateuses et épiphysaires n'est basée que sur cette distinction. Enfin, les travaux de Lobstein ne laissent plus de doute sur le véritable siége de l'affection. Ainsi nous laisserons le nom d'exostoses aux tumeurs qui seront le résultat du dépôt d'une matière osseuse entre les fibres primitives d'un os, et nous donnerons celui de périostoses à celles qui seront produites par une sécrétion de même nature entre la face externe de l'os et la face interne du périoste, ou entre les lames de cette membrane. Telle est l'opinion de Boyer, Lobstein et de M. le professeur Dubrueil.

On voit par là que les exostoses de seconde forme de Delpech, les exostoses périostales de Cooper, et les exostoses épiphysaires, sont de véritables périostoses.

Mode de développement, et caractères anatomiques. — Dans l'exostose, c'est d'abord, selon Astley Cooper, une sécrétion dans l'intérieur de l'os malade, d'un cartilage accidentel dans lequel vient se déposer la matière osseuse ; selon Howship, c'est une sécrétion plus abondante de substance médullaire qui distend les canaux, augmente le volume de l'os sans augmenter en rien sa masse. La tumeur offre alors une structure celluleuse, et semble formée de lames qui laissent entre elles des aréoles dont la forme et l'étendue varient. C'est ce qui est généralement décrit sous le nom d'exostose celluleuse ou laminée.

Selon d'autres auteurs, c'est véritablement un dépôt de matière osseuse entre les fibres primitives de l'os qui forme la tumeur. Dans les os cylindriques, et lorsqu'elle est peu volumineuse, on peut suivre de l'œil la divarication des fibres dans l'intervalle desquelles s'est interposée une nouvelle substance osseuse dont l'organisation est moins distincte. Ici l'os affecté offre une augmentation de volume, de poids et de densité. « Il semble, dit Delpech, que l'organe affecté ait d'abord été ramolli, et que, dans cet état, sa nutrition ayant acquis une plus grande activité, les aréoles du tissu osseux raréfié aient reçu une quantité surabondante de matière osseuse. » Le tissu de ces exostoses est très-serré et compacte : on les nomme exostoses éburnées. Le périoste qui les recouvre est ordinairement sain.

Dans la périostose, la tumeur n'est plus formée par une augmentation du volume de l'os : c'est une nouvelle substance osseuse qui a été déposée à la surface de cet os; la tumeur, plus circonscrite, paraît surajoutée à l'organe qui la supporte. Si on examine la maladie dans son développement, on voit d'abord un épaississement du périoste, puis une sécrétion de cartilage entre cette membrane et la surface de l'os; plus tard, du phosphate de chaux est déposé dans cette substance cartilagineuse, et, à mesure que l'ossification s'opère, il se fait un nouveau développement de cartilage jusqu'à ce que la maladie soit devenue stationnaire et l'ossification complète. Mais écoutons un instant Delpech, sur le développement de cette tumeur: « Dans la seconde forme que les exostoses affectent, un os, sain et naturel sous tout autre rapport, présente une tuméfaction circonscrite et plus ou moins volumineuse, dont la structure est différente de celle du tissu de l'os primitif, et qui paraît surajoutée. Les pièces anatomiques sur lesquelles on peut étudier cette dernière espèce tandis que l'affection est encore peu avancée, présentent, en effet, une lame osseuse plus ou moins épaisse, fixée sur la surface extérieure de l'os primitif, que la macération et une longue exposition au contact de l'air peuvent en détacher, et au-dessous de laquelle on trouve l'organe sous-jacent exempt de toute altération. » Enfin, ce célèbre observateur dit qu'en réfléchissant un peu aux caractères

de la tumeur appelée gomme ou périostose, qui précède constamment cette espèce d'exostose, on est porté à penser que cette tumeur osseuse est le résultat de l'inflammation du périoste qui exhale à sa surface profonde une couche d'albumine organisable et susceptible de passer à l'état osseux. Souvent il n'est pas besoin de préparation anatomique pour démontrer cette disposition. On voit ordinairement au-dessous du périoste épaissi, opaque, une couche de cartilage plus ou moins épaisse, et plus profondément la substance osseuse. Les auteurs citent des exemples où la tumeur osseuse était séparée de la surface de l'os, soit par une couche de cartilage, soit par une membrane mince qui leur a paru un dédoublement du périoste entre les lames duquel l'affection s'était produite. Cependant, le plus souvent, dans un degré avancé de la maladie, le tissu de la tumeur se confond de plus en plus intimement avec celui de l'os qui la supporte; les lames les plus extérieures de celui-ci ont été résorbées, et il n'est plus possible de détacher l'ostéophyte de l'os primitif. Mais alors, en suivant la direction des fibres de la nouvelle substance, on peut encore apercevoir qu'elles sont perpendiculaires ou plus ou moins obliques à celles de l'os qui leur sert de base (Lobstein).

Nous voyons, d'après ce que nous venons de dire, que si les auteurs diffèrent sur la nature de la matière sécrétée, ce qu'il est permis d'attribuer à ce qu'ils ont étudié des tumeurs à des époques plus ou moins avancées de la maladie, ils n'en sont pas moins d'accord sur l'organe affecté.

M. le professeur Dubrueil possède (cabinet anatomique) deux os maxillaires inférieurs sur lesquels ces deux espèces de tumeurs sont bien distinctes : sur l'un de ces os, qui lui fut envoyé comme ayant appartenu à un géant, on voit une exostose générale ou hyperostose; l'os a augmenté de volume et de densité; sa surface présente des bosselures arrondies, lisses ou légèrement mamelonnées. Sur le second, on voit une périostose partielle bien caractérisée : ici la tumeur, très-volumineuse mais circonscrite, occupe une des branches anatomiques de l'os. Cette masse osseuse est surmontée par l'apophyse

coronoïde et le condyle qui présentent tous les caractères de l'état sain. Elle est formée par des lames osseuses qui sont comme implantées sur l'os, et laissent entre elles des intervalles ou cellules qui permettent de voir l'os primitif exempt de toute altération.

Au reste, rien de plus fréquent que la combinaison, sur le même os et dans la même tumeur, de l'exostose avec la périostose. Une coupe verticale d'une tumeur ainsi composée démontre une ligne de démarcation entre les deux, et la direction des fibres de l'ostéophyte qui sont perpendiculaires à celles de l'os tuméfié.

Symptômes diagnostiques. — Si l'inspection des pièces anatomiques peut donner des signes qui ne permettent pas de confondre les tumeurs osseuses appartenant à une affection de l'os, avec celles qui sont le résultat d'une altération de sa membrane extérieure, il n'en est pas ainsi sur le vivant : les caractères extérieurs de ces tumeurs sont bien moins distincts, et il est souvent difficile de dire si telle tumeur appartient à l'os plutôt qu'à son périoste.

Voici les signes sur lesquels est fondé le diagnostic différentiel : dans la périostose, les douleurs sont plus aiguës, augmentant par la pression, fixées au lieu où doit paraître la tumeur, tandis que, dans l'exostose, elles s'étendent dans toute la longueur de l'os affecté. Elles ont pour caractère commun de se faire sentir plus vivement pendant la nuit. Dans l'un et l'autre cas, elles précèdent constamment l'apparition de la tumeur qui est d'abord dure, peu élevée, et se confond insensiblement avec la surface de l'os sur lequel elle repose. Mais en se développant, cette tumeur prend des caractères qui ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Dans l'exostose, ce développement se fait plus lentement ; la tumeur reste dure, arrondie, lisse ou légèrement mamelonnée, non circonscrite, se confondant par sa base avec la surface de l'os. Dans la périostose, les progrès de la tumeur sont plus rapides; elle devient pâteuse, compressible, plus saillante, plus circonscrite, plus inégale, et, dans quelques cas rares, un peu mobile.

Lorsque, dans la tumeur, il se développe une inflammation vive, ou lorsque cette tumeur disparaît en peu de temps, on peut dire que la maladie avait son siége dans le périoste (Delpech).

Enfin, lorsque la périostose a acquis la dureté osseuse, le diagnostic est devenu très-difficile ; son volume, qui est ordinairement plus considérable que celui de l'exostose, et les inégalités que présente sa surface, sont des caractères trop obscurs pour la faire distinguer de cette dernière. Au reste, ces caractères ne peuvent servir au diagnostic que lorsque la tumeur est placée superficiellement. Quand elle s'est développée sur la surface intérieure des parois osseuses d'une cavité ou sous beaucoup de parties molles, son existence n'est fondée que sur des signes rationnels et plus ou moins équivoques, et il est de toute impossibilité de dire si elle est due à l'os ou au périoste.

Siége. — Les mêmes points du système osseux qui sont le siége des exostoses sont aussi ceux sur lesquels se développent les périostoses : tels sont les plus superficiels, les os du crâne, le maxillaire inférieur, la clavicule, le sternum, le fémur, le tibia.

Causes. — Les causes qui donnent lieu à l'exostose et à la périostose ne sont pas différentes. Ces deux affections sont presque toujours dues à une diathèse soit syphilitique, soit scrofuleuse. Cependant il paraît que la syphilis affecte plus souvent le périoste, et les scrofules le tissu propre des os. Très-souvent, en effet, dans des affections syphilitiques invétérées, on observe, sur le frontal et sur la face interne du tibia, des tumeurs qui paraissent et disparaissent assez rapidement, pour faire penser que, dans ce cas, l'affection siége bien dans le périoste, et non dans l'os lui-même ; car il serait difficile d'expliquer la rapidité de leur développement et de leur résolution dans des organes qui jouissent de si peu de vitalité que les os (Delpech).

La périostose se termine plus souvent par résolution : nous venons d'en donner la raison. Le traitement de ces deux affections est le même ; toutefois, lorsqu'elles sont dues à la même cause, si l'on croit avoir affaire à une périostose, il faut insister davantage sur les résolutifs locaux ; car on doit bien plus espérer la résolution tant que la tumeur n'a pas passé à l'état osseux. C'est toujours contre la diathèse qu'il faut diriger le traitement général.

QUATRIÈME PARTIE.

SCIENCES MÉDICALES.

N° 496. — FAIRE CONNAÎTRE LES COMPLICATIONS LES PLUS FRÉQUENTES DE LA ROUGEOLE, APPRÉCIER LEUR GRAVITÉ, INDIQUER LE TRAITEMENT QU'ELLES RÉCLAMENT.

La rougeole est un exanthème fébrile caractérisé par le développement aux surfaces cutanées de petites taches arrondies, rouges, assez analogues à des piqûres de puces, séparées les unes des autres par des intervalles anguleux dans lesquels la peau a conservé sa coloration normale. Cette éruption est précédée par un état de réaction générale, et s'accompagne de symptômes d'irritation des membranes muqueuses, mais plus spécialement de celle de la membrane pituitaire, de la muqueuse bronchique et de la conjonctive.

Cette maladie est contagieuse, se manifeste très-souvent sous forme épidémique, et présente alors en général une gravité plus considérable, bien que l'on ait vu des épidémies rubéoliques dans lesquelles la mortalité était si rare, qu'on les a désignées sous le nom de bénignes : telle fut celle observée à Londres, en 1671, par Sydenham. Son développement paraît se trouver sous l'influence d'une cause spécifique répandue dans l'atmosphère, et exerçant son action sur l'ensemble de l'organisme, mais principalement sur les muqueuses et la peau. Il arrive fréquemment que les épidémies morbilleuses sont précédées par des coryzas, des grippes, des coqueluches, etc., et autres affections catarrhales. Andral pose en thèse générale que, plus les

prodrômes offrent de gravité, plus l'éruption est incomplète et irrégulière, et *vice versâ*.

Les irritations des muqueuses sont liées d'une manière si intime et si essentielle à la rougeole, qu'elles ne doivent être considérées comme des complications que lorsqu'elles s'élèvent à un assez haut degré d'intensité pour fixer à elles seules l'attention du praticien, et réclamer une médication spéciale. C'est ainsi que, dans la marche régulière de la maladie, la toux, l'enchifrenement, le coryza, le larmoiement, disparaissent d'ordinaire par le seul secours des moyens hygiéniques et diététiques, et par l'évolution spontanée de l'affection que l'on a classée au rang des état morbides nécessaires, c'est-à-dire présentant une succession assez constante de phénomènes déterminés, états dans lesquels le médecin n'est pour ainsi dire que le simple spectateur des actes naturels, et n'a pour tâche que de combattre ce qui pourrait troubler l'ordre de leur enchaînement ordinaire. Étudions d'abord les complications qui résultent de l'exagération des phénomènes pathologiques que nous avons considérés comme symptomatiques de la rougeole, et qui peuvent devenir concomitants; nous passerons ensuite en revue les maladies qui ont une existence plus distincte et plus isolée de l'affection morbilleuse.

La réaction générale peut offrir beaucoup d'intensité, et revêtir l'aspect d'une fièvre inflammatoire assez forte pour que l'on doive la regarder comme une source d'indications spéciales. Ainsi, dans les cas où le pouls est très-fréquent et très-développé, où la température de la peau est très-élevée, où de la céphalalgie, des vertiges, de la dyspnée se manifestent, circonstances dans lesquelles la marche de l'éruption est souvent entravée ou même empêchée complètement, la saignée générale sera indiquée, et deviendra le seul agent capable de rétablir la régularité dans le cours de l'affection.

Comme la réaction générale, les symptômes d'irritation locale peuvent devenir assez énergiques pour mériter une médication particulière; car eux aussi enraient quelquefois la marche de la rougeole, et deviennent la maladie principale vers laquelle doit converger toute l'attention du médecin.

Des ophthalmies plus ou moins graves sont, dans quelques cas, la conséquence de la fluxion qui s'est portée sur la membrane conjonctive ; elles réclament l'emploi de la phlébotomie, si en même temps existe un état fébrile prononcé. Si, au contraire, le pouls ne présente pas beaucoup de fréquence, si l'ophthalmie ne se révèle que par des phénomènes locaux, on aura recours à l'application des sangsues aux tempes, aux pédiluves simples ou sinapisés, aux collyres émollients, etc. Puis, si la maladie passe à l'état chronique, on la combattra par les révulsifs. Le coryza ne demande pas d'ordinaire qu'on dirige contre lui une méthode particulière de traitement ; il se juge très-souvent, surtout chez les jeunes sujets, par des épistaxis.

De toutes les maladies qui compliquent l'éruption morbilleuse, les plus fréquentes sont, sans contredit, les maladies du poumon. Huxham a observé en 1741, à Plimouth, une épidémie de rougeoles qui, dans le plus grand nombre des circonstances, s'accompagnaient de pneumonie.

Sydenham a souvent noté cette complication, surtout dans l'épidémie observée à Londres en 1474. Mais, le plus ordinairement, ce sont des bronchites qui se développent alors, et très-probablement l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'est que consécutive, dans la majeure partie des cas, à celle de la membrane muqueuse des bronches. En effet, c'est déjà sur celle-ci qu'est fixé l'état fluxionnaire symptomatique ; et d'ailleurs, lorsque la mort des individus affectés de rougeole arrive par le fait d'une affection pulmonaire, c'est dans cette membrane muqueuse que sont empreintes les traces anatomiques du travail morbide. M. le professeur Caizergues a observé fréquemment en 1827, à Montpellier, des complications de rougeole coïncidant avec des états pathologiques de l'appareil respiratoire ; et dans tous les cas où il a pratiqué à cette époque des sections cadavériques, il a constaté l'existence de bronchites et non de pneumonies. (Leçons orales.)

Cette complication est une des plus graves, et nécessite un traitement actif dès son début. Toutes les fois que la phlegmasie sera

franche, lorsqu'elle ne s'accompagnera d'aucun symptôme nerveux, adynamique, on aura recours à l'ouverture de la veine, qu'on répétera plusieurs fois, selon l'intensité du mal, et si le tempérament, l'âge et les forces de l'individu le permettent. L'application des sangsues sur la poitrine sera aussi indiquée; c'est même ce seul mode d'émissions sanguines qu'on devra mettre en usage chez les enfants très-jeunes; les ventouses sèches ou scarifiées sur les parois pectorales seront encore une des ressources sur lesquelles le praticien pourra compter. On administrera en même temps des boissons émollientes, pectorales, légèrement diaphorétiques. On a employé avec succès, au début, l'ipécacuanha à doses vomitives. Plus tard, l'expectoration sera favorisée par les infusions de la même substance, de polygala de Virginie, par les loocks kermétisés; et l'application de vésicatoires sur les bras, ou même le thorax, sera mise en usage pour favoriser la résolution. Les maladies des voies aériennes revêtent, dans certaines circonstances, la forme diphtérique ou pseudo-membraneuse; le pronostic est alors très-fâcheux. Plusieurs observateurs ont vu la rougeole influer sur le développement de la phthisie pulmonaire, et lui imprimer une marche rapide lorsque déjà elle existait.

Dans l'état ordinaire des maladies morbilleuses, c'est spécialement sur les muqueuses du nez, de l'œil et du poumon que la fluxion s'opère, comme nous l'avons déjà dit; mais quelquefois aussi des nausées, des vomissements, une douleur épigastrique, de la soif, de l'anorexie, des pesanteurs abdominales, annoncent que la surface gastro-intestinale est le siége de l'état fluxionnaire. Ces symptômes peuvent présenter un caractère de gravité assez considérable pour donner lieu à des indications particulières. Ainsi, dans les complications d'embarras gastrique, de fièvre gastrique bilieuse, on devra recourir à l'administration du tartrate antimonié de potasse ou de l'ipécacuanha, précédée ou non d'une saignée générale, selon l'intensité de la réaction. Ces médicaments agissent et comme vomitifs et comme favorisant le travail à la peau par la diaphorèse qui suit d'ordinaire leur introduction dans l'économie.

L'embarras intestinal sera combattu par l'emploi des purgatifs.

Quant aux gastrites et aux gastro-entérites qui peuvent accompagner l'éruption rubéolique, on leur opposera les fomentations émollientes sur l'abdomen, les boissons froides et acidules, la diète sévère, et l'application de sangsues sur les parois abdominales et à l'anus.

Toutes les inflammations concomitantes de la rougeole prennent souvent, comme l'a très-bien remarqué Rayer, un caractère de gravité qui n'est pas en rapport avec le siége et l'étendue du mal, et qui paraît dépendre de la spécificité de la cause. En effet, l'adynamie est fréquemment ici placée tout près des phlegmasies qui quelquefois ont paru d'abord les plus franches. L'angine y affecte, dans quelques cas, la forme gangréneuse, et cette complication, d'une gravité très-considérable, demande non plus les antiphlogistiques, comme l'angine simple, mais les stimulants du système nerveux, les toniques et les révulsifs sur la peau.

La fièvre adynamique primitive coïncide assez souvent avec les maladies morbilleuses : c'est elle qui enlève le plus de sujets dans les épidémies que les anciens observateurs ont désignées sous le nom de malignes, putrides. Alors l'éruption disparaît quelquefois ou présente divers aspects anormaux ; en effet, les pustules sont tantôt très-rouges, tantôt noirâtres, tantôt enfin livides; il y a prostration considérable des forces, fuliginosité des gencives et des dents, pulvérulence des narines, soubresauts des tendons; la langue est noire, sèche, rugueuse; le malade ne se plaint souvent, lorsqu'il conserve encore son intelligence, que d'un état de malaise, de lassitude et de faiblesse générale. Dans quelques cas survient une dyspnée très-forte avec pétéchies, symptômes en général fort alarmants, et souvent signes précurseurs d'une terminaison funeste. Enfin, des symptômes variables de l'état morbide général que nous signalons viennent se surajouter aux précédents. Alors sont indiqués les excitants, les toniques à l'intérieur, les révulsifs à la surface tégumentaire.

Cette maladie est une des plus fâcheuses qui puissent se réunir à la rougeole.

La fièvre ataxique est rare; cependant, ainsi que l'ont observé Rayer

et Billard, les affections de l'encéphale sont assez fréquentes chez les jeunes enfants ; chez eux existent souvent aussi des angines graves : à cette époque de la vie, il n'est point non plus rare de rencontrer des affections vermineuses. Sur une jeune fille, Vogel a constaté une phlegmasie des parties génitales accompagnant la rougeole.

L'éruption morbilleuse se complique d'autres éruptions cutanées ; Dumas, Gilibert, à Montpellier, l'ont vue compliquée de pemphigus : des exemples analogues se sont présentés dans une épidémie, en 1806, à Lyon. Il est bien rare que la variole se développe avant que la rougeole ait terminé son cours ; elle survient quelquefois après, et alors on a noté qu'elle était plus bénigne. Nous avons observé un cas où l'exanthème offrait, dans certains points du corps, les caractères bien tranchés de la rougeole, et, auprès, ceux de la scarlatine.

L'érysipèle se lie quelquefois à l'affection morbilleuse. La complication de miliaire que l'on rencontre aussi, ajoute seule, de celles que nous venons de signaler, à la gravité du pronostic, car elle est souvent symptomatique d'une fièvre gastrique intense et de mauvais caractère.

Dans les cas où l'éruption tend à disparaître, ou bien lorsqu'elle se fait d'une manière incomplète, il faut employer les bains tièdes, à moins qu'il n'y ait une phlegmasie trop forte des organes respiratoires : on se contentera alors de l'application des émollients en fomentations et cataplasmes. Mais si ces accidents tiennent à une atonie générale ou locale, on mettra en usage les attractifs irritants.

A la fin des rougeoles, on remarque assez fréquemment un flux diarrhoïque qui semble, dans certaines circonstances, être la crise de la maladie ; mais ce flux peut se continuer assez long-temps pour nécessiter une médication particulière. L'anasarque est moins fréquente ici qu'après les scarlatines.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Examinateur.* Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Président.* Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND, *Suppléant.* Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGES. Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Examinateur.*
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Examinateur.*
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Suppléant.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1[er] EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2[e] EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3[e] EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4[e] EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5[e] EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6[e] ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*